TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

SARCOMES DE L'UTÉRUS

PAR

LE DOCTEUR TERRILLON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE.

EXTRAIT DU BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE
Numéro du 15 décembre 1890.

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON

1891

39, Boulevard Haussmann

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

SARCOMES DE L'UTÉRUS

PAR

LE DOCTEUR TERRILLON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE.

EXTRAIT DU BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE

Numéro du 15 décembre 1890.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON

1891

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30586616

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

SARCOMES DE L'UTÉRUS

L'histoire des sarcomes de l'utérus est encore assez obscure; la marche et les caractères de cette lésion sont encore assez mal connus, pour qu'un chirurgien expérimenté soit exposé à de fréquentes erreurs. C'est ainsi que, surtout au début, cette maladie sera souvent confondue avec une affection banale de la muqueuse utérine, telle que la métrite hémorragique; d'autres fois, et à une période avancée, on pourra se croire en présence d'une tumeur, telle qu'un fibrome ou un kyste.

J'ai moi-même éprouvé ces difficultés. Cependant, éclairé par d'assez nombreuses observations, je puis dire qu'il m'est possible maintenant, dans la majorité des cas, d'établir un diagnostic plus précis, et par conséquent d'intervenir avec plus de discernement et avec plus de chances de succès.

J'ai pensé qu'il serait peut-être intéressant de donner le détail des faits, grâce auxquels j'ai ainsi acquis quelque expérience, de les analyser avec soin et de chercher les conclusions qu'ils comportent.

Les quatorze observations que j'ai réunies (la première date de 1886 et fut insérée dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*) sont toutes intéressantes à différents points de vue. Deux d'entre elles ont été publiées dans les *Bulletins de la Société de gynécologie* (1889, p. 203, Communication à propos de deux observations d'hystérectomie pour tumeurs malignes intra-utérines).

Ces observations peuvent être ainsi classées :

1° Quatre cas de sarcomes intra-utérins ou portant surtout sur la muqueuse;

2° Quatre cas de sarcomes gigantesques du fond de l'utérus ;

3° Trois cas de sarcomes pédiculés, nés du fond de l'utérus et libres dans la cavité du bassin ou de l'abdomen;

4° Trois cas de sarcomes volumineux contenant de vastes cavités remplies de sang ou de liquide sanguinolent, en d'autres termes de *sarcomes kystiques*.

Enfin, à l'aide de ces faits personnels, mais en tenant compte aussi de travaux parus à l'étranger, et surtout d'une thèse fort intéressante soutenue à Zurich, en 1876, par le docteur A. Ragivue, et du *Traité de gynécologie* de M. Pozzi, j'espère contribuer à élucider quelques points encore obscurs concernant cette forme grave de tumeurs utérines; en un mot faire un travail dont les conclusions puissent être utiles au diagnostic et au traitement chirurgical.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le sarcome utérin se développe par deux processus différents. Tantôt il envahit d'emblée et presque exclusivement la muqueuse, n'ayant qu'une influence de voisinage sur le muscle lui-même qui s'hypertrophie seulement.

D'autres fois, au contraire, la lésion naît du muscle utérin et produit à ses dépens une ou plusieurs tumeurs. Quant à la muqueuse, elle peut être augmentée d'épaisseur, sa vascularisation peut être exagérée ; elle contribuera ainsi à l'hypertrophie totale de l'organe et surtout à l'agrandissement de la cavité, mais elle ne participera pas ordinairement à la transformation sarcomateuse.

Ce sont là, on peut le dire, deux formes distinctes, aussi bien au point de vue de l'anatomie pathologique, qu'au point de vue clinique : le *sarcome de la muqueuse* et le *sarcome interstitiel* qui est la véritable tumeur du corps de l'utérus.

Il est clair que, dans quelques cas, ces deux variétés pourront se trouver plus ou moins combinées; elles n'en restent pas moins nettement et individuellement définies. Admise par tous les auteurs, cette distinction se retrouvera sans cesse dans l'étude qui va suivre.

Sarcome de la muqueuse utérine. — On peut décrire deux types bien différents et nettement caractérisés du sarcome de la muqueuse.

Dans une forme assez commune, la muqueuse est hypertrophiée, épaissie par l'infiltration sarcomateuse, et présente du côté de la cavité utérine des bosselures caractéristiques. Cet aspect était surtout remarquable dans l'observation que j'ai présentée, en 1886, à la Société de chirurgie; la muqueuse, dans ce cas, était pour ainsi dire transformée en un grand nombre de mamelons, à peine pédiculés et très vasculaires. Un de ces mamelons siégeait au niveau de l'orifice interne du col qu'il obstruait presque complètement; le sang fourni par la muqueuse s'était ainsi accumulé dans la cavité utérine distendue, constituant un véritable *hématomètre*.

Ma dernière observation est un autre exemple de cette même forme : la disposition mamelonnée y était cependant moins généralisée et se trouvait localisée au fond de l'utérus.

A côté de la lésion de la muqueuse, il existe toujours, dans ce genre de sarcomes, une hypertrophie totale de l'organe et un épaississement des parois musculaires. Enfin, la cavité s'agrandit jusqu'à acquérir, comme j'ai pu le constater plusieurs fois, 20 à 25 centimètres de profondeur.

Quant au col, il paraît échapper presque constamment à l'envahissement du néoplasme. On sait que cette indépendance des sarcomes du corps et du col de l'utérus est un caractère signalé depuis longtemps.

La seconde forme que mes observations me permettent de décrire est la *forme ulcéreuse*. Ici la muqueuse infiltrée et épaissie ne va pas, comme tout à l'heure, proliférer et végéter. Elle semble, au contraire, souffrir d'une nutrition incomplète et subir des modifications destructives ; on voit, en effet, ses éléments se détacher, laissant une surface anfractueuse, ulcéreuse et jaunâtre, d'où exsude une grande quantité de liquide séreux, à peine sanguinolent. Ce liquide contient une proportion souvent considérable de débris épithéliaux. Il a l'aspect aqueux, puriforme, caractéristique de l'*hydrorrhée* abondante dont ces malades sont continuellement souillées.

Chez une de mes malades, à laquelle j'ai enlevé l'utérus, en le sectionnant au niveau du col, au-dessus du vagin, cette forme de la lésion était singulièrement nette. L'organe était très hypertrophié et ses parois considérablement épaissies. L'agrandisse-

ment de la cavité était particulièrement remarquable, car elle mesurait plus de 22 centimètres. Ces dimensions exagérées m'avaient paru un argument sérieux pour le diagnostic, qu'avait d'ailleurs confirmé l'examen histologique d'un morceau de muqueuse enlevé par le curage. Ainsi s'expliquaient les divers symptômes que présentait cette malade avant l'opération, notamment, l'écoulement abondant d'un liquide séreux et jaunâtre qui l'épuisait depuis plusieurs mois. Cet écoulement était souvent combiné avec des hémorrhagies profuses dues à la rupture de vaisseaux au niveau des parties ulcérées.

J'observe actuellement deux malades, l'une âgée de quarante-huit ans, l'autre de cinquante-trois ans, qui sont également atteintes de sarcomes ulcérés de la muqueuse utérine. Chez ces deux femmes, on trouve un organe volumineux avec cavité exagérée. Le symptôme principal est constitué par des hémorrhagies souvent profuses, presque continues et accompagnées d'une très abondante hydrorrhée. Cet écoulement complexe avait débuté, dans l'un et l'autre cas, quatre ou cinq ans après la ménopause.

Un curettage énergique, en fournissant des éléments d'examen microscopique, a permis d'établir un diagnostic précis. D'autre part, cette manœuvre suivie d'une cautérisation au chlorure de zinc et répétée une seconde fois, à trois mois de distance, fit disparaître presque complètement les hémorrhagies. Seul l'écoulement séreux persiste. Cependant ces malades, très affaiblies et alitées depuis longtemps, ont repris des forces et sont en meilleur état qu'avant l'intervention.

Sarcome interstitiel. — Je décrirai aussi deux formes assez nettement définies de sarcomes interstitiels ou sous-péritonéaux.

La première est caractérisée par une hypertrophie considérable de tout l'utérus. Il semble que la production maligne ait envahi presque en même temps toute l'épaisseur du muscle qui s'hypertrophie en masse, de façon à acquérir un volume parfois énorme ; dans une de mes observations, l'organe ainsi altéré pesait 19 kilogrammes.

Une augmentation du diamètre de la cavité utérine accompagne cette hypertrophie ; il ne dépasse guère 12 ou 15 centimètres. Enfin les nombreux vaisseaux qui viennent des ligaments

larges et qui rampent à la surface de cette grosse tumeur son notablement exagérés. J'ai principalement remarqué que les veines étaient toujours plus volumineuses que dans les fibromiomes ordinaires simples de même volume.

Il n'est pas rare de trouver des fibres musculaires dans quelque partie de ces sarcomes interstitiels, ce qui justifie l'opinion vraisemblable de quelques auteurs, pour lesquels ces tumeurs seraient souvent des fibromes transformés en tissu sarcomateux.

Le premier cas de ce genre que j'ai observé présentait cette particularité que le sarcome s'était développé d'une façon pour ainsi dire diffuse dans toute l'épaisseur de la paroi du corps utérin. A peine présentait-il quelques bosselures faisant saillie du côté du péritoine.

Ce sarcome fut enlevé par la laparotomie avec section de l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Le pédicule lié avec un tube de caoutchouc fut abandonné dans l'abdomen. La tumeur pesait 13 kilogrammes. La cavité était agrandie et mesurait 12 centimètres. Toute la paroi musculaire était infiltrée de sarcomes.

Cette malade, que m'avait été envoyée mon ami le docteur du Castel, guérit rapidement de son opération et put même reprendre son métier de couturière. Mais elle mourut six mois après d'accidents pulmonaires, qui semblent avoir été causés par une de ces récidives ou propagations par le système veineux, dont le professeur Virchow a depuis longtemps démontré la possibilité et l'existence fréquente.

En avril 1890, j'opérai à la Salpêtrière un second sarcome diffus d'un volume considérable. La tumeur, qui pesait 17 kilogrammes, fut présentée à la Société anatomique par M. Chibret, interne du service. Elle s'étai développée dans l'espace de quinze à dix-huit mois et communiquait à l'utérus, dont la cavité était devenue énorme, des dimensions telles que le ventre avait $1^{m},65$ de circonférence.

Né aux dépens du corps de l'utérus, le néoplasme s'était partiellement infiltré dans le ligament large. Il avait contracté des adhérences avec la vessie, dont on ne pouvait le séparer, avec deux anses d'intestin grêle de 50 centimètres chacune, enfin avec les aponévroses des muscles iliaques du côté droit.

L'ablation fut très pénible, mais complète. Le pédicule utérin assez petit fut coupé au-dessus du vagin.

Malheureusement, la malade mourut du choc opératoire, au bout de trente-six heures.

Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules, mou, très vasculaire, et qui par sa fausse fluctuation simulait un kyste ovarique.

J'ai récemment observé un troisième exemple de sarcome volumineux qui mérite également une mention spéciale.

Il s'agit d'une malade âgée de cinquante-trois ans, très vigoureuse, ayant eu deux enfants, et opérée en 1873, par le professeur Trélat, d'une petite tumeur du sein gauche que ce chirurgien considéra alors comme un sarcome. La guérison fut complète, et rien ne reparut de ce côté.

En 1887, quatorze ans après cette première opération, M^me^X... s'aperçut que son ventre grossissait. Depuis quelque temps déjà elle avait des pertes utérines et on avait pensé à l'existence d'un fibrome. Mais l'évolution de la maladie était si rapide que bientôt la circonférence du ventre atteignait $1^m,60$.

Quand cette dame, en juillet 1888, vint à Paris, accompagnée de son médecin, M. le docteur Vast, je crus aussi à la présence d'un fibrome à marche rapide et, considérant que la vie de la malade était menacée, je proposai une intervention radicale.

L'opération eut lieu le 24 juillet 1888. J'enlevai facilement une énorme tumeur utérine de 20 kilogrammes et je laissai dans l'abdomen la partie inférieure du col serrée à l'aide d'un tube en caoutchouc.

La guérison fut parfaite, sans incident, et après vingt-cinq jours, la malade quittait Paris.

L'examen de cette vaste tumeur montra qu'il s'agissait en réalité d'un fibro-sarcome, certaines parties présentant des fibres musculaires à peu près sans mélange, d'autres portions plus étendues étant constituées par du sarcome mou ou fasciculé presque pur.

Cinq mois après cette opération, cette malade présenta quelques accidents du côté du vagin, avec écoulement purulent et légère fièvre le soir. Je pensai à quelque récidive, mais je ne tardai pas à découvrir la cause de tous ces phénomènes : le tube de caoutchouc vint bientôt se présenter au fond du vagin. Il

fut facilement retiré, et tous les accidents cessèrent. La malade reprit donc, en décembre 1888, ses habitudes et sa vie habituelle avec toutes les apparences de la plus belle santé.

Mais, vers le mois de mai de l'année 1890, c'est-à-dire moins de deux ans après l'intervention radicale, apparurent les phénomènes de compression vésicale et rectale, avec crises douloureuses dans le bas-ventre.

Quand je la vis en août 1890, mon ancienne opérée était manifestement atteinte d'une récidive, caractérisée par une tumeur qui remplissait presque complètement le bassin, sans proéminer d'une façon très sensible dans le vagin. Elle mourut en octobre.

Enfin, il m'a encore été donné d'observer, en juin 1890, chez une fille âgée de vingt-huit ans, un de ces volumineux sarcomes interstitiels.

Quand j'examinai cette malade, le 1er juin, le ventre était énorme, les veines superficielles dilatées. On pouvait apprécier la présence d'une tumeur gigantesque, dure, résistante, se confondant avec l'utérus qui était entraîné très haut dans le bassin et dont il était difficile d'atteindre le col par le toucher vaginal.

La rapidité du développement me fit penser à un sarcome. Malgré le très mauvais état de la malade, mais d'après le conseil du professeur Tarnier, je tentai une opération qui était la seule chance de soulagement et de prolongation de l'existence.

Cette opération eut lieu le 1er août 1890. Elle fut des plus pénibles. Comme chez la malade précédente, l'utérus, transformé en un immense sarcome interstitiel de 15 kilogrammes, s'était infiltré entre les deux feuillets du ligament large en se coiffant d'anses intestinales auxquelles il adhérait. Je pus cependant le séparer de ces organes ainsi que de la vessie, sans les blesser. Les feuillets du ligament large qui entouraient la base de la tumeur furent coupés et liés au moyen de dix-huit ligatures en chaîne. Le pédicule utérin, qui était de petites dimensions, fut enfin abandonné dans l'abdomen.

Cette malade guérit de l'opération; mais elle resta languissante, et j'ai appris qu'il existait déjà une récidive (*novembre* 1890).

La seconde forme de sarcome interstitiel dont je vais parler est assez commune.

*

Ce qui la caractérise, c'est la production du sarcome par places ordinairement bien circonscrites. A son début, la tumeur occupe la surface ou l'intérieur du muscle utérin, constituant un noyau qui fait à peine saillie sous le péritoine. Puis en se développant, elle fait de plus en plus saillie sous la séreuse qu'elle repousse jusqu'à ce que finalement elle se pédiculise. Plus tard, elle s'élargit par sa partie saillante, affectant la forme d'un champignon lisse, à peine bosselé, qui flotte pour ainsi dire dans la cavité abdominale, retenu au corps de l'utérus par un pédicule de volume variable.

On peut trouver à la surface de l'utérus deux ou trois productions semblables, à des stades différents de volume et de pédiculisation. L'organe qui porte ainsi cette sorte de tumeur est toujours hypertrophié.

Le pédicule a un volume variable. Je l'ai vu varier entre 5 et 10 centimètres de diamètre environ.

Il est utile d'insister dès à présent sur ce fait que, malgré cette forme pédiculée, le tissu sarcomateux s'enfonce toujours dans la paroi utérine; par suite, l'opération partielle qu'on peut faire sur chaque tumeur, sans toucher à la substance de l'organe, est presque fatalement incomplète.

J'ai eu trois fois l'occasion d'enlever des sarcomes sous-péritonéaux pédiculés du fond de l'utérus. Ils étaient libres dans l'abdomen et sans adhérences.

Dans un de ces cas, la tumeur qui occupait entièrement le petit bassin produisait depuis quinze jours des phénomènes de compression avec rétention d'urine et des signes assez sérieux d'étranglement. Lors de l'opération, j'éprouvai les plus grandes difficultés à retirer du bassin cette masse ainsi enclavée, et je n'y arrivai qu'au bout de vingt minutes, après l'avoir déplacée dans tous les sens et l'avoir fait pivoter sur tous ses diamètres.

Je fis enfin, sur le corps de l'utérus, un peu au-dessus des culs-de-sac vaginaux, un pédicule qui me parut trop gros pour être rentré dans l'abdomen, et que je fixai à la paroi, après avoir placé un lien de caoutchouc et une broche.

Après cette opération pénible, dans laquelle j'étais assisté par M. Siredey, notre regretté collègue des hôpitaux, et M. le docteur Thierry (de Rouen), je fus témoin d'un curieux accident.

Pendant deux jours, tout alla bien ; la température n'atteignait pas 38 degrés ; les intestins et la vessie fonctionnaient normalement, lorsque, le matin du troisième jour, je m'aperçus qu'il s'était produit pendant la nuit une abondante hémorrhagie par le pédicule. Celui-ci avait été à moitié coupé par le caoutchouc et était rentré assez profondément. Un tamponnement énergique, après nettoyage des caillots, arrêta le sang. Mais une septicémie rapide se déclara, et la malade mourut cinq jours après.

L'examen de l'utérus donna l'explication de cet accident : il s'agissait d'un sarcome à petites cellules et à développement rapide. Or, au moment de faire le pédicule, croyant couper dans le tissu sain, j'avais au contraire sectionné en plein dans la substance sarcomateuse molle, friable, qui n'avait pas pu résister à la constriction du caoutchouc. Celui-ci l'avait déchirée, occasionnant ainsi l'hémorrhagie, puis les accidents septiques rapidement mortels.

Sarcomes kystiques. — On peut décrire une troisième variété de sarcomes : *le sarcome kystique.*

Il s'est formé dans la masse de la tumeur soit des kystes véritables, soit, par places, un ramollissement partiel donnant l'apparence de kystes.

Ceux-ci sont rares et disséminés dans le sarcome, de façons variables. Généralement, on trouve dans ces cavités qui acquièrent parfois un volume considérable, du liquide sanguin ou plutôt une bouillie noirâtre, nettement fluctuante, et dans laquelle nagent souvent des lambeaux de tissu sarcomateux.

J'ai observé un exemple bien curieux de cette variété, au cours d'une incision exploratrice.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-six ans, qui avait commencé, en 1888, à souffrir dans l'abdomen et à avoir des pertes abondantes. M. le professeur Damaschino consulté ne trouva qu'une lésion utérine à peine appréciable ; il pensa à un fibrome au début.

Mais la maladie faisait de rapides progrès, et bientôt une tumeur apparaissait nettement au-dessus de l'ombilic ; en mai 1890, elle remontait jusque vers l'appendice xyphoïde. L'état général était médiocre, l'anémie extrême.

Lorsque je pratiquai l'examen, je trouvai une tumeur bosselée, solide par places, liquide dans d'autres et faisant corps avec l'utérus, qui était repoussé en avant et gênait la miction. Je fis le diagnostic de sarcome utérin avec kystes assez étendus.

Cédant aux désirs de la malade et du médecin qui l'accompagnait, le docteur Mavrikos, je consentis à faire l'opération.

A l'ouverture de l'abdomen, je trouvai une masse énorme dont la surface était parcourue de veines dilatées. Une ponction donna, en deux fois, 5 litres de liquide noir qu'on pouvait prendre pour du sang altéré par un long séjour dans ces poches kystiques. Le reste de la tumeur était solide.

Mais en examinant avec plus de soin cette tumeur, je ne tardai pas à voir qu'elle était en partie développée dans le ligament large; qu'elle avait soulevé trois anses d'intestin grêle auxquelles elle adhérait ainsi qu'à l'épiploon; enfin que la surface du péritoine pariétal et viscéral était parsemée de granulations.

Après avoir détaché et lié une partie de l'épiploon, je reconnus qu'il était impossible de séparer la tumeur du bassin et des anses intestinales. Je pris donc un fragment du néoplasme qui pût permettre un examen histologique, et je refermai l'abdomen à l'aide de douze sutures.

Les suites de l'opération furent bonnes. La malade s'alimenta mieux à partir de ce moment et, en juillet (moins de deux mois après l'incision exploratrice), elle put retourner chez elle.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

J'ai rencontré récemment (août 1890) un second exemple de cette même forme anatomique de sarcome.

C'était chez une dame de cinquante-deux ans, femme d'un médecin, qui portait depuis une douzaine d'années une tumeur fibreuse occupant le fond de l'utérus et donnant lieu à des troubles peu accentués. Cependant la maladie, qui était restée longtemps stationnaire, évoluait depuis dix-huit mois avec une grande rapidité. La tumeur envahissait peu à peu l'abdomen, qu'elle ne tarda pas à remplir, et qui atteignit une circonférence de $1^{m},50$. En même temps, l'examen révélait, dans cette vaste masse à développement rapide, des parties nettement fluctuantes.

La vie était évidemment menacée, et on décida une opération.

Le diagnostic me semblait peu douteux : il s'agissait, à cause du développement rapide qui, d'ailleurs, n'est pas très rare dans cette variété, d'un sarcome avec kyste volumineux.

L'opération eut lieu le 10 août 1890. Je me proposais de tenter l'ablation de l'utérus par la laparotomie, en pratiquant la section au-dessus du col du vagin.

Dès l'ouverture de l'abdomen, je constatai que les parois de la cavité fluctuante présentaient un épaississement et une vascularisation exagérés. L'idée d'un sarcome fut donc justifiée. Je fis une ponction avec un gros trocart de l'appareil Potain, qui permit d'extraire environ 5 litres d'un liquide rougeâtre.

La tumeur étant ainsi diminuée de volume, je me proposai de l'enlever. Mais je ne tardai pas à reconnaître des adhérences épiploïques considérables et des noyaux sarcomateux dans l'épiploon. De plus, deux anses intestinales étaient intimement unies avec la tumeur. Ces parties furent détachées lentement.

Malgré ces difficultés, je pus, non sans peine, couper l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux, en formant un pédicule volumineux, qui fut fixé dans l'angle inférieur de l'ouverture abdominale.

La partie solide de la tumeur enlevée pesait environ 12 kilogrammes. Elle était composée de tissu sarcomateux, mélangé de noyaux fibromateux, faciles à reconnaître dans la masse. En plusieurs points, surtout vers la surface, on distinguait des kystes ou plutôt des foyers d'épanchements sanguins.

Enfin, j'ai enlevé au mois d'octobre 1890, chez une femme de quarante-six ans, une tumeur à peu près analogue à la précédente, moins volumineuse, formée aux dépens du fond de l'utérus. Dans cette tumeur existaient trois grandes cavités contenant chacune de 1 à 3 litres de sang presque pur.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Symptômes. — Les descriptions précédentes ont montré combien sont variés les aspects anatomiques sous lesquels peuvent se présenter les sarcomes de l'utérus. Leur volume, leur consistance, leur forme, l'existence de kystes dans leur intérieur, sont autant d'éléments variables.

J'ai pu faire encore quelques remarques intéressantes au sujet de leur développement, de leurs symptômes et surtout des indications de l'intervention chirurgicale.

L'âge des malades mérite, en premier lieu, d'attirer l'attention ; il varie de trente à cinquante ans environ. On ne peut s'empêcher de comparer ce développement survenant à l'âge moyen de la vie, à l'apparition des sarcomes de l'ovaire qui a lieu dans la jeunesse, de quinze à vingt-cinq ans.

Un second caractère intéressant de ces sarcomes, et surtout des sarcomes du corps de l'utérus, est leur fréquence plus grande chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant. C'est ainsi que, sur mes quatorze observations, deux des malades seulement avaient eu un enfant dans leur jeunesse.

Ce rapport entre l'inactivité de l'utérus et le développement du sarcome a déjà été signalé par la plupart des auteurs. Je ne tenterai pas plus qu'eux d'en donner l'explication.

Enfin, une remarque capitale, surtout au point de vue du diagnostic, concerne le développement rapide de ces tumeurs. Il est donc permis de poser la loi suivante : toutes les fois qu'on assiste à l'évolution, en quelques mois, d'un néoplasme aux dépens de l'utérus, quelles que soient sa consistance, son étendue et ses connexions, il faut penser au sarcome.

L'intégrité presque absolue de l'état général est un des caractères cliniques les plus remarquables dans cette maladie. Au début, c'est à peine si l'embonpoint a diminué, si l'aspect général a subi aucun trouble. Souvent même, le sarcome a atteint un volume considérable, sans que rien n'annonce une perturbation dans la santé. Huit de mes malades, avant de présenter les phénomènes de compression qui les affaiblirent rapidement, justifièrent en tous points cette règle.

Le cas suivant est un remarquable exemple d'une évolution rapide de la lésion coïncidant avec la conservation la plus parfaite de la santé.

Une femme de quarante-cinq ans, n'ayant jamais eu d'enfant et jouissant d'une santé florissante, éprouvait, en mars 1889, sans y prendre garde d'abord, quelques douleurs dans le bas-ventre et un peu de gêne dans la miction. Éloignée de chez elle, elle consulte, à Pau, un médecin qui lui annonce la présence

d'une petite tumeur attenant à l'utérus. Elle revient aussitôt à Paris (le 10 mars) et vient me consulter. Après l'examen, je conclus — mais sans préciser davantage le diagnostic — à l'existence d'une tumeur dure, peu volumineuse, siégeant au fond de l'utérus.

Trois semaines après, nouvel examen. Les douleurs abdominales, surtout la gêne de la miction et de la défécation s'étaient accentuées très rapidement. On put constater, cette fois, la présence de la même tumeur qui, maintenant, remplissait le bassin.

Bientôt éclatèrent des symptômes graves d'obstruction intestinale, et, le 17 avril, j'opérai cette malade, principalement pour parer aux accidents aigus de compression. J'enlevai deux tumeurs pédiculées pesant 3 et 4 kilogrammes, et composées exclusivement par du tissu sarcomateux à fines cellules, sans kystes.

Un exemple à peu près analogue s'est présenté à moi dans le courant de l'année 1888.

J'étais, en effet, appelé en province par le docteur Gey, près d'une jeune femme de trente-deux ans, mariée, sans enfant, qui présentait tous les symptômes d'une tumeur du fond de l'utérus. Cette jeune femme, encore bien portante, se plaignait surtout de douleurs abdominales violentes et de phénomènes de compression, qui avaient débuté quelques mois auparavant. Le médecin avait été frappé du développement rapide de la lésion. D'après lui, la marche avait été tellement aiguë que, en quelques semaines, la tumeur avait triplé de volume.

Après examen, je fis le diagnostic de sarcome pédiculé du fond de l'utérus, faisant saillie dans le bassin, et je proposai une opération.

Elle eut lieu le 4 août 1889. J'enlevai un sarcome pédiculé pesant 3 kilogrammes. Le pédicule naissait du fond de l'utérus et avait le volume du poignet. Ce pédicule fut lié avec un tube de caoutchouc, cautérisé superficiellement et abandonné dans l'abdomen.

Les chirurgiens ont beaucoup discuté, surtout en Allemagne, sur la transformation des fibromes en sarcomes. On a, sans doute, exagéré la fréquence de ce fait, et bien des tumeurs encore petites ont pu, dans certains cas, être prises pour des fibromes, alors qu'il s'agissait de sarcomes au début.

Cependant, dans deux sarcomes volumineux, de 17 à 20 kilogrammes, que j'ai examinés, il existait des parties nettement fibromateuses, mélangées aux noyaux sarcomateux. Il est donc bien permis d'admettre que la transformation est possible, ou que les deux variétés de tissu peuvent se développer simultanément.

Marche. — On a vu avec quelle rapidité évoluaient ces sarcomes utérins, surtout ceux qui naissent au fond de l'utérus. Aussi ne peut-on s'étonner que les malades vivent rarement plus de deux ans, à compter de l'apparition primitive de la lésion. Dans mes observations, cette survie a été rarement dépassée.

Les désordres graves qui entraînent la mort paraissent dépendre surtout des phénomènes de compression du côté du bassin ou de l'abdomen ; par exemple, quand la tumeur, s'infiltrant dans le ligament large, vient se mettre en contact assez direct avec les intestins.

Après l'ablation, la récidive est la règle ; elle survient, en général, au bout de six à huit mois ; elle a mis, dans une de mes observations, deux ans avant de se produire.

Si l'organe malade n'est pas enlevé en totalité, c'est dans le moignon qu'aura lieu la nouvelle évolution néoplasique. D'autres fois, ce sera dans les parties voisines. Chez une de mes opérées, c'est le poumon qui fut pris : le sarcome n'attaque pas les ganglions.

Cette question de la récidive est admise par les chirurgiens qui ont opéré de semblables tumeurs. Si l'on cite quelques exemples de sarcomes de l'utérus sans récidive rapide, c'est qu'il s'agissait de la forme rare de sarcomes durs, fasciculés et à développement lent.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du sarcome de la muqueuse est fort délicat.

Cependant on peut tenir compte ici de plusieurs signes assez importants qui, se combinant, permettront d'arriver à une véritable précision. C'est ainsi qu'un écoulement sanguin abondant, presque continu, une augmentation considérable du volume de l'utérus et un agrandissement notable de sa cavité, sont des symptômes qui, groupés, indiqueront presque à coup sûr la nature de la lésion. Et si on les observe chez une femme qui a,

depuis quelques années, atteint l'âge de la ménopause, ils acquièrent une valeur encore autrement considérable.

J'ai pu de cette façon faire un diagnostic très précis chez une femme de cinquante-deux ans, grasse et bien portante, que m'avait adressée le docteur Lecoin. Après avoir constaté un écoulement presque permanent de sang très noir, faisant issue par le col, je mesurai la cavité utérine et trouvai une étendue de 15 centimètres. L'utérus était gros comme les deux poings. J'affirmai donc la présence d'un sarcome. Néanmoins, je ne crus pas devoir proposer l'opération, le volume de l'utérus étant trop considérable pour que l'extraction pût être faite par la voie vaginale. Mais je pus assister à la déchéance rapide de cette santé florissante, à l'aggravation des signes que j'avais constatés. Enfin, au bout de cinq mois, cette malade mourait de cachexie, avec des phénomènes de compression grave du côté de l'intestin.

Le diagnostic du sarcome interstitiel au début est souvent très difficile.

La présence de bosselures, de tumeurs faisant saillie à la surface du corps de l'utérus, pourra certes faire penser à cette affection. Mais l'analogie qu'elle présente avec le fibrome est telle qu'un seul caractère permettra d'affirmer la présence du sarcome : la marche rapide qu'aura suivie la maladie.

Ce signe ne sera pas moins précieux pour les énormes sarcomes, dont l'évolution est beaucoup plus prompte que celle des fibromes d'un même volume.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

D'une façon générale, on peut dire que la seule opération rationnelle est l'ablation totale et absolue de l'organe atteint par la maladie. Seule, cette intervention radicale peut mettre à l'abri d'une récidive locale presque certaine ou d'une propagation à distance par le système veineux, si celui-ci n'est pas encore envahi au moment de l'action opératoire.

Mais, à part cette indication générale, le mode d'intervention doit varier avec chaque forme spéciale de la maladie ; je me propose de passer en revue chacune des variétés de sarcome, avec les résultats opératoires qu'elle m'a fournis.

L'ablation totale, nettement indiquée, ne peut malheureusement pas se faire toujours dans de bonnes conditions ; souvent même, elle devient impossible par suite de certains rapports anatomiques.

L'enlèvement de l'organe par la voie vaginale n'est applicable qu'au sarcome intra-utérin encore à son début. En effet, le corps de l'utérus augmente bientôt de volume et devient tellement gros que son passage par les voies naturelles est presque impossible.

J'ai dû, dans un cas, fragmenter l'organe pour pouvoir le sortir par le ventre, et ce n'est qu'avec les plus grandes difficultés qu'il a pu être enlevé en entier.

Il faut, cependant, savoir que ce mode opératoire est indiqué dans tous les cas où l'utérus est encore petit et mobile, circonstances rares à la vérité, car les malades n'arrivent que tardivement près du chirurgien ; un léger écoulement de sang ou de sérosité, sans autre incommodité, n'ayant pu leur faire soupçonner pendant longtemps la gravité du mal.

Quoi qu'il en soit, c'est donc là une ressource bien restreinte et bien rare qui s'offre au chirurgien.

L'intervention par la voie abdominale est, au contraire, d'une application autrement générale et convient non seulement aux sarcomes pédiculés, aux sarcomes gigantesques et kystiques, mais aussi aux sarcomes intra-utérins portant principalement sur la muqueuse.

En ce qui concerne ces derniers, qui atteignent aussi rarement au col que la forme interstitielle proprement dite, on ne voit pas pourquoi, la voie vaginale étant impraticable, on n'appliquerait pas à ces tumeurs, comme aux fibromes, l'hystérectomie sus-vaginale. J'ai ainsi enlevé trois fois, par la laparotomie, des sarcomes de la muqueuse avec hypertrophie considérable de l'utérus. Le pédicule, lié par un tube de caoutchouc, fut abandonné dans le ventre.

La première de ces malades fut opérée en 1885, pour un sarcome végétant avec accumulation de sang dans la cavité utérine. Cette malade guérit bien et ne mourut que treize mois après, de récidive du côté du bassin.

La seconde fut opérée à la Salpêtrière, le 1er avril 1887, pour un sarcome de la muqueuse donnant également une grande

quantité de sang avec hypertrophie considérable de l'utérus. La guérison eut lieu ; mais la récidive, plus rapide dans ce cas, entraîna la malade au bout de cinq mois.

La troisième malade est celle déjà signalée dans une de mes observations, qui guérit également des suites de l'intervention, mais succomba, huit mois après, d'une récidive dans le poumon.

Le même procédé peut être appliqué aux sarcomes gigantesques avec d'autant plus de facilité — c'est du moins ce que j'ai observé dans ma pratique — que le col est moins volumineux, c'est-à-dire que le pédicule laissé dans le ventre sera plus petit. Mais ici l'opération est plus grave, à cause des adhérences fréquentes avec l'intestin ou les organes voisins.

Les sarcomes pédiculés sont évidemment justiciables d'une opération du même genre.

Cependant, tenté par ces circonstances particulièrement favorables et surtout par l'existence naturelle du pédicule, je me suis laissé aller trois fois à n'enlever que la tumeur, sans toucher au corps de l'utérus.

Dans l'un de ces cas, le succès opératoire fut complet ; malheureusement la malade mourut deux mois après, par repullulation au niveau du pédicule. Mais, les deux autres fois, j'eus à me repentir d'avoir ainsi cédé au désir de pratiquer une intervention plus simple.

J'ai déjà signalé le premier de ces insuccès. C'est cette opération dans laquelle le pédicule sarcomateux fut sectionné, après deux jours, par le lien de caoutchouc qui le fixait au dehors. Une hémorrhagie grave, puis des accidents septicémiques mortels s'ensuivirent.

Dans le second cas, le pédicule fut rentré, mais il y eut une septicémie aiguë. Peut-être s'agit-il ici d'une de ces auto-infections par les microbes contenus dans le tissu sarcomateux, telles que Martin (de Berlin) et ses élèves ont étudiées récemment?

En présence de pareils échecs, je n'hésiterai pas désormais, pour les sarcomes pédiculés comme pour les autres, à enlever l'utérus en totalité, au-dessus du vagin.

Quant à l'extirpation de l'utérus avec le col, ce serait une intervention idéale, mais dont les suites immédiates sont si mauvaises qu'il faut en réserver l'indication.

Je terminerai ce qui concerne le traitement chirurgical en rappelant que les sarcomes intra-utérins, saignant et donnant lieu à un écoulement abondant, peuvent être traités localement par la dilatation, le grattage et des cautérisations au chlorure de zinc et au perchlorure de fer.

J'ai plusieurs fois usé de ce moyen, et le bénéfice a toujours été considérable. Les hémorrhagies particulièrement ont été arrêtées assez vite, et pour assez longtemps. Seul l'écoulement hydrorrhéique, d'ailleurs atténué, persistait.

On peut appliquer ce traitement plusieurs fois et à des intervalles variables, lorsque l'opération radicale est inopportune ou refusée par la malade.

Trois fois j'ai noté, après cette sorte d'intervention, une élévation brusque de température allant jusqu'à 40 degrés le soir même et persistant pendant un ou deux jours. Le curetage et les cautérisations avaient cependant été pratiqués avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires. De plus, jamais pareil phénomène n'avait été observé après les curetages pour métrites, quelle que fût leur importance.

J'attribue cette hyperthermie à l'auto-infection par les produits septiques contenus dans la cavité utérine ou dans le tissu sarcomateux lui-même.

Je signalais déjà des faits analogues à propos d'une septicémie aiguë, causée par un pédicule sarcomateux. Cette question des produits septiques que contiennent certaines tumeurs est à l'étude, et présente le plus grand intérêt. Nous savions, en effet, depuis longtemps combien la moindre opération sur certains néoplasmes malins pouvait être suivie d'accidents graves, malgré toutes les précautions antiseptiques.

Quelques travaux modernes sur ce sujet nous éclairent déjà sur l'étiologie de certaines septicémies dont l'origine ne peut être imputée à une faute opératoire, mais reconnaît probablement pour cause une infection venant du tissu néoplasique.

Paris. — Typographie A. Hennuyer, rue Darcet, 7.

A LA MÊME LIBRAIRIE

Leçons de clinique thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. Recueillies par le docteur Eug. CARPENTIER-MÉRICOURT, et revues par l'auteur.

TOME Ier. — Traitement des maladies du Cœur et de l'Aorte, de l'Estomac et de l'Intestin.

TOME II. — Traitement des maladies du Foie et des Reins, du Poumon et de la Plèvre, du Larynx et du Pharynx.

TOME III. — Traitement des maladies du Système nerveux, Traitement des Fièvres et des maladies générales.

3 volumes grand in-8° de 800 pages chacun avec figures dans le texte et planches chromolithographiques hors texte. 5e édit. 48 fr.

Dictionnaire de thérapeutique, *de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales*, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ. 4 volumes ou 20 fascicules petit in-4° à deux colonnes, avec de nombreuses figures dans le texte..... 100 fr.

Chaque fascicule pris séparément : 5 francs.

Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1884-1885)

Les Nouvelles Medications, par DUJARDIN-BEAUMETZ. 1 vol. in-8° de 250 pages, avec figures. 3e édition, broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1885-1886)

L'Hygiène alimentaire, par DUJARDIN-BEAUMETZ. — 1 vol. in-8° de 250 pages, avec figures dans le texte et une planche chomolithographique hors texte. 2e édition, broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

Conférences thérapeutiqnes de l'hôpital Cochin (1886-1887)

L'Hygiène thérapeutique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. 1 vol. in-8° de 210 pages, avec figures dans le texte et une planche chromolithographique. Broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin (1887-1888)

L'Hygiène prophylactique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. 1 vol. in-8° de 234 pages, avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée. Broché..... 6 fr.
Cartonné, tranche sup. dorée..... 7 fr.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. LES PROFESSEURS BOUCHARDAT, LE FORT ET POTAIN

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : LE Dr DUJARDIN-BEAUMETZ
Médecin des hôpitaux

ON S'ABONNE EN JANVIER ET JUILLET POUR UN AN

Paraissant deux fois par mois par cahier de 48 pages. Paris et départements, **18** *francs.*

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARCET, 7.